

Ik bevestig dat ik de deelnemer informatiebrief van Acutelines (versie 6) heb kunnen lezen. Ik heb de gelegenheid gehad om vragen over de folder en brief te stellen, welke in voldoende mate zijn beantwoord. Ik heb voldoende tijd gehad om over deelname na te denken. Het al of niet beschikbaar stellen van (medische) gegevens verandert niets aan de relatie met zijn/haar behandelend arts. Ik geef geheel vrijwillig namens mijn familielid/gementorde persoon toestemming tot deelname aan Acutelines waarin zijn/haar (medische) gegevens voor onbepaalde tijd worden opgeslagen voor onderzoek op het gebied van de acute geneeskunde, zoals beschreven in de informatiebrief. Ik weet dat zowel ik, als mijn familielid/gementorde persoon, het recht hebben om op elk moment en zonder opgave van reden de verleende toestemming weer in te trekken. Ook dit heeft geen negatieve gevolgen voor de medische behandeling. Mij is uitgelegd dat anderen dan de behandelend arts onderzoek mogen doen met de verzamelde (medische) gegevens. Ik begrijp dat de (medische) gegevens worden gecodeerd voordat ze beschikbaar worden gesteld aan een onderzoeker, waardoor deze niet weet van wie de gegevens en materialen afkomstig zijn. De persoonsgegevens van mijn familielid/gementorde persoon zoals zijn/haar naam, adres, telefoonnummer zullen niet worden verstrekt aan derden, tenzij dit noodzakelijk is om informatie van elders op te vragen, zoals beschreven in de deelnemer informatiebrief. Door ondertekening geef ik namens mijn familielid/gementorde persoon toestemming voor onderstaande onderdelen, zoals beschreven in de informatiebrief:

- Ik geef toestemming om gegevens bij de (verpleeg)huisarts, apotheek, ambulancezorg en/of mobiel medisch team op te vragen, zoals benoemd in de deelnemer informatiebrief;
- Ik geef toestemming om de basisregistratie personen te raadplegen om te weten te komen of en, indien van toepassing, wanneer mijn familielid/gementorde persoon overleden is;
- Ik geef toestemming om de gegevens en bij onderzoek te gebruiken waarbij wordt samengewerkt met commerciële bedrijven;
- Ik geef toestemming om de gegevens te delen met partijen buiten de Europese Unie waar de AVG richtlijnen voor de bescherming van persoonsgegevens niet gelden, mits dit noodzakelijk is voor het onderzoek en de gegevens gecodeerd worden overgedragen zonder zijn/haar naam;
- Ik geef toestemming om mijn familielid/gementorde persoon te benaderen voor het verstrekken van extra informatie na het huidige bezoek, zoals benoemd in de deelnemer informatiebrief;
- Ik geef toestemming om huidige en toekomstige gegevens, zoals benoemd in de informatiebrief, voor onbepaalde tijd te bewaren en beschikbaar te stellen voor toekomstig onderzoek binnen de doelstellingen zoals beschreven in de informatiebrief.

Voor de volgende optionele onderdelen geef ik namens mijn familielid/gementorde persoon:

- wel geen toestemming om gegevens op te vragen uit centrale registratiesystemen, zoals IKNL, PALGA, en IADB;
- wel geen toestemming om gegevens op te vragen bij de zijn/haar zorgverzekeraar/zorgkantoor (v.w.b. langdurige zorg) waar mijn familielid/gementorde persoon verzekerd is op te vragen;
- wel geen toestemming om, indien van toepassing, gegevens met betrekking zijn/haartot de doodsoorzaak van mijn familielid/gementorde persoon op te vragen bij het CBS;
- wel geen toestemming om mijn familielid/gementorde persoon te benaderen om deel te nemen aan een eventueel vervolgonderzoek; .
- wel geen toestemming om zo nodig nogmaals onderzoeksgegevens, zoals benoemd in de informatiebrief, te verzamelen, voor onbepaalde tijd te bewaren en beschikbaar te stellen voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek voor de doelstellingen beschreven in de informatiebrief, indien mijn familielid/gementorde persoon binnen één jaar vanaf nu opnieuw de SEH bezoekt
- Informeer mij of mijn familielid/gementorde persoon als er een toevulsbevinding wordt gedaan.

Patiëntgegevens:	M / V Naam: _____ Geboortedatum: _____ <i>(of patiëntsticker plakken)</i>
Emailadres:	
Handtekening:	

Naam vertegenwoordiger:	M / V Naam: _____ Geboortedatum: _____
Relatie tot deelnemer:	
Handtekening:	

Ik verklaar dat ik bovengenoemde persoon over zijn/haar voornemen toestemming tot deelname aan Acutelines te verlenen namens zijn/haar naaste of gementorde persoon heb ingelicht en verklaar mij bereid nog opkomende vragen over naar vermogen te beantwoorden.

Naam onderzoeks-medewerker: (voorletters, achternaam)	
Datum:	
Handtekening:	

De vertegenwoordiger ontvangt een ondertekende kopie van de informatiebrief en toestemmings-formulier, het origineel blijft in het UMCG; dit wordt opgeslagen onder verantwoordelijkheid van de beheerder van de bank).